

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N^o

THÈSE **780**
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Yvon OLLIVIER-HENRY

Né le 19 Septembre 1903, à Ivry-sur-Seine (Seine)

Contribution à l'étude
des
Hystérectomies Abdominales

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

1155

LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF CHICAGO
1155

ANNÉE 1935

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Yvon OLLIVIER-HENRY

Né le 19 Septembre 1903, à Ivry-sur-Seine (Seine)

Contribution à l'étude
des
Hystérectomies Abdominales

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

AAatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladie scutanées et ysphilitiqu-s	CUNEO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	N.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE.
dulte	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUEJOL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-LUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÉNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BESANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGRAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMAIRE.
Physique.....	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.

BASSET.
BROCC.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.

ECALLE
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale..

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Puériculture
Stomatologie.....

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDOUX-LEBARD.
WEIL-HALLÉ.
FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tué à l'ennemi

A MA MERE

Faible témoignage de reconnaissance pour sa tendre affection.

A LA MEMOIRE

DE MA SŒUR ET DE MES FRERES

A MON PRESIDENT DE THESE

le Professeur Ch. LENORMANT

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qui nous fait le grand honneur de
présider notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde grati-
tude et de notre respectueuse admi-
ration.

A Monsieur le Docteur P. RICHE

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne à Tenon, je suis heureux de témoigner ma respectueuse reconnaissance pour la bienveillance si affectueuse qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A NOTRE MAITRE, le Docteur B. DESPLAS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES PETITS MÉNAGES
CHIRURGIEN-CHEF DE LA MAISON DE SANTÉ
DU GARDIEN DE LA PAIX

Nous sommes heureux de pouvoir dire la respectueuse admiration que nous inspire le chirurgien, l'affectueuse reconnaissance que nous devons au maître si bienveillant qu'il fut pour nous.

C'est à son contact que nous avons appris ce que doit être un chirurgien ; c'est en suivant l'exemple qu'il nous a donné que nous nous efforcerons de lui témoigner notre gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE

Professeur F. LEJARS (*In Memoriam*)

Professeur CHAUFFARD (*In Memoriam*)

Externat

1923-1924. — M. le D^r P. FREDET.

1924-1925. — M. le D^r E. PARMENTIER.

1925-1926. — Prof. Agrégé Ch. AUBERTIN.

1926-1927. — D^r M.-Léon KINDBERG.

Internat

1927-1928-1929. — M. le D^r P. RICHE (interne provisoire).

1932-1933. — M. le Professeur F. LEJARS.

1933. — M. le Professeur agrégé P. BROCCQ.

1933-1934. — M. le D^r B. DESPLAS.

1934-1935. — M. le D^r L. GERNEZ.

1935. — M. le D^r A. LEVANT.

A Monsieur le Docteur P. MOULONGUET-DOLERIS

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

En remerciement des précieux conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer avec sa bienveillance coutumière.

A Messieurs les Docteurs-Médecins et Chirurgiens
des Hôpitaux

P. FROMENT, P. HUET, R. KOURILSKY, J. KRIEF,
J. MEILLIERE

A mes Amis E. BOROS, P. HEBERT

mes collègues dans les hôpitaux

En témoignage de mon affectueuse
amitié.

INTRODUCTION

Il semble bien téméraire de vouloir aborder un sujet si longuement et peut-être si complètement étudié que celui des hystérectomies abdominales.

Depuis plusieurs années, les problèmes et les vives discussions soulevées par ces interventions semblent être tombés dans l'oubli.

Au cours de notre internat, nous avons été frappé par le nombre des hystérectomies subtotaux que nous avons vu pratiquer.

Par la fréquence que nos Maîtres successifs donnaient à une intervention dont on ne peut nier ni la sécurité ni la simplicité.

Nous avons eu l'honneur d'avoir pour maître M. le Docteur B. Desplas.

C'est dans son service de la Charité, au cours d'une année d'internat fertile en enseignement, que se sont précisées les idées que nous allons nous efforcer d'exposer de la façon la plus objective.

Après une expérience déjà bien longue, après avoir étudié de la façon la plus attentive les différents problèmes que posent les hystérectomies abdominales, M. le Docteur Desplas a bien voulu nous exprimer et

s'efforcer de nous faire comprendre son sentiment actuel. Nous avons vu revivre sous nos yeux, par un enseignement clair et imagé, les améliorations progressives d'une technique opératoire. Toutes ces modifications sont le résultat de constatations cliniques indiscutables et ne relèvent nullement d'interprétation doctrinale. Le Dr Desplas a bien voulu mettre à notre disposition toutes ses observations.

Nous insistons sur le fait que nous nous proposons de présenter la statistique d'intervention pratiquée à l'hôpital comme en maison de santé par un seul chirurgien.

Nous nous efforcerons de montrer et de comprendre les modifications apportées à son attitude chirurgicale. Nous avons volontairement exclu de nos statistiques les cancers utérins dont les résultats sont trop souvent indépendants de l'acte opératoire.

Nous envisagerons cependant une complication redoutable de l'hystérectomie subtotale : la cancérisation secondaire du col utérin. Déjà hanté par cette transformation cancéreuse secondaire, Chaput avait parlé de la stérilisation du col après ces interventions. Le Dr Desplas nous a confié le soin d'exposer ici la méthode qu'il a préconisée et mise en pratique.

C'est à une technique rigoureuse, à une attention sans cesse en éveil que l'on doit demander la sécurité et les bons résultats d'une hystérectomie.

Nous restons convaincu que la complication à chaque instant nous guette, que seule une vigilance sévère et soutenue peut nous en préserver.

Suivant l'expression si joliment imagée de notre Maître, on ne doit à aucun moment se laisser aller à une douce quiétude en espérant que le diable dort.

Telles sont les convictions que le D^r Desplas a sû, par son exemple et son enseignement, nous faire partager.

C'est un bien agréable devoir que celui de le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant ce travail, et de lui témoigner toute notre reconnaissance pour ce qu'il a fait pour nous.

Nous tenons à exprimer à M. le D^r P. Degrais, chef du Centre anti-cancéreux de l'hôpital Necker, nos remerciements pour les précieux conseils qu'il a bien voulu nous donner avec tant de bienveillance.

LES COMPLICATIONS AU COURS DES HYSTERECTOMIES

Le seul nombre des techniques dont dispose le chirurgien pour pratiquer une hystérectomie abdominale, suffit à prouver qu'aucune d'entre elles n'est exempte de critiques. C'est au bon sens et à l'expérience qu'il appartient de faire un choix ou de combiner les différentes méthodes.

Nombreuses sont en effet les complications qui viennent assombrir le pronostic de l'hystérectomie. On a voulu opposer dans leur résultat l'hystérectomie totale et les hystérectomies subtotaies.

Nous nous proposons d'exposer dans leur ensemble les plus fréquents des accidents opératoires, de les relever dans notre statistique et tenter d'en retirer un enseignement utile.

C'est un travail de synthèse ou mieux un regard jeté en arrière sur seize ans de pratique chirurgicale.

Nous avons pensé, et nous remercions le Dr Desplas d'avoir éveillé chez nous cette idée, qu'il était nécessaire de constater le chemin parcouru, de faire le point, évocation juste et utile, toujours fertile en enseignement.

Le terrain.

Le terrain intervient toujours pour une large part dans le pronostic de l'acte opératoire. Nous n'envisagerons pas ce facteur cependant primordial qui ressort de la pathologie générale. Chez la cardiaque, l'urémique, la diabétique, l'obèse, l'emphysémateuse, l'asthmatique, seule la gravité des accidents locaux impose l'intervention.

Ce sont là des cas où le médecin prend la responsabilité d'une intervention qu'il a, malheureusement parfois, le devoir d'exiger du chirurgien.

En dehors de ces cas bien particuliers, les accidents post-opératoires de l'hystérectomie sont de gravité bien différente.

Ils peuvent être immédiats, précoces, secondaires, tardifs.

Un seul d'entre eux est immédiat : le shock opératoire.

Cet accident n'est pas lié à la nature même de l'acte chirurgical. Il présente cependant un caractère particulier au cours de l'hystérectomie.

Il s'agit bien souvent de femmes fatiguées :

- par des hémorragies répétées dues à un fibrome,
- par une hémorragie abondante au cours d'une hématocele,
- par le fait d'une infection prolongée : la salpingite.

C'est encore le cas de la femme qui se présente

d'urgence pour un syndrome abdominal grave, telle que le réalise la torsion du kyste de l'ovaire.

C'est parfois dans la rupture d'un kyste de l'ovaire dont le contenu n'est pourtant pas septique qu'il faut rechercher la cause d'un shock grave. Il s'agit sans doute de liquide de grande toxicité.

Nous envisageons les cas où l'étendue des lésions nécessite, non pas la simple ablation annexielle, mais l'hystérectomie comme seule intervention rationnelle. Il n'est pas à l'heure actuelle de chirurgien qui, dans ces conditions, ne préfère la rapidité et la simplicité de l'hystérectomie subtotale.

Les accidents précoces sont avant tout des accidents pulmonaires. Leur gravité est essentiellement variable. Le chirurgien s'inquiète peu, et à juste titre, de l'ascension de la température au deuxième jour de l'intervention.

Plus graves sont certaines congestions pulmonaires, parfois même pleuro-pulmonaires survenant sur des terrains prédisposés. C'est sans doute au chirurgien qu'incombe dans ces cas le choix judicieux de l'anesthésie.

Les pneumonies et les broncho-pneumonies sont depuis la pratique de la vaccination pré-opératoire, des accidents peu fréquents. Il nous a été donné d'en constater quelques cas. Nous avons toujours retrouvé dans les jours précédents l'intervention un épisode pulmonaire infectieux pouvant les expliquer.

Nous n'insisterons pas sur deux ordres d'accidents pouvant apparaître précocement :

- l'embolie grave, massive, mortelle qui est rare,
- l'hémorragie interne ou par voie vaginale qui est imputable à une faute de technique ou, comme nous le verrons dans un cas, à un accident mécanique indépendant du chirurgien.

Les complications secondaires sont de beaucoup les plus importantes, non par leur fréquence, mais par leur gravité.

L'hémorragie secondaire se fait par voie vaginale, et se voit après l'hystérectomie totale, mais aussi quelquefois après l'hystérectomie subtotale. La fréquence et la gravité de cette hémorragie sont indiscutablement l'apanage de l'hystérectomie totale.

Il s'agit dans certains cas d'un vaisseau plus ou moins important qui n'a pas été compris dans les ligatures systématiques.

Dans d'autres cas, il s'agit d'un simple suintement par la tranche vaginale, dont on connaît l'hémostase difficile et délicate.

Au cours de l'hystérectomie subtotale, ces hémorragies peuvent s'observer : elles sont dues dans ces cas, à notre avis, à un évidemment trop marqué du col. Cet évidemment présente, par analogie avec l'hystérectomie totale, l'inconvénient de sectionner de petits vaisseaux dans une zone que n'a pas atteint notre hémostase des pédicules.

L'hémorragie peut encore être liée à la chute d'une

escarre après thermo-cautérisation. C'est une des raisons qui nous a fait supprimer cette technique.

L'hématome sous-péritonéal qui succède presque inévitablement à une hémorragie même minime, représente un danger redoutable : il est susceptible de s'infecter. Que ce soit l'ouverture du col ou celle du vagin qui en soit responsable, le résultat est là avec sa haute gravité : la cellulite pelvienne.

Nous aurons l'occasion d'y revenir en parlant des inconvénients de l'hystérectomie totale.

La péritonite est certes, à l'heure actuelle, une complication peu fréquente dans sa forme grave du syndrome classique.

Nous voulons seulement insister sur certaines formes camouflées d'infection péritonéale aboutissant à l'occlusion. Celle-ci peut être due il est vrai à un accident mécanique : torsion ou étranglement d'une anse intestinale. A la base de ces accidents se retrouve parfois une bride péritonéale d'origine inflammatoire.

Le simple ballonnement post-opératoire de l'abdomen est un incident fréquent qui peut céder rapidement au traitement approprié. N'est-il pas déjà lui-même la traduction d'une infection minime ?

A un degré de plus, nous assistons à un tableau plus alarmant. C'est à ce moment que le sérum hypertonique intra-veineux, associé à la glace sur le ventre, aux toni-cardiaques, au lavage d'estomac, produit un effet bien souvent remarquable.

Mais nous insistons sur ce fait, et nous avons à ce

sujet une observation typique, que le traitement doit donner très rapidement le résultat cherché.

Le sérum hypertonique a pour nous un inconvénient : il peut masquer un syndrome clinique et faire retarder une réintervention que nécessitent des accidents mécaniques ou inflammatoires réels.

Le sérum hypertonique peut apporter, comme nous le verrons, des améliorations passagères trompeuses. Alors apparaît un syndrome clinique qui ne laisse plus de place au doute ; à ce moment, la thérapeutique directe intervient mais avec un retard que l'on ne peut combler.

Les complications tardives sont représentées avant tout par la phlébite et la redoutable éventualité de l'embolie pulmonaire.

Il est difficile de préciser les conditions d'apparition de ces accidents. C'est souvent après une intervention simple, satisfaisante à tous points de vue, que vers la deuxième semaine, l'ascension thermique, l'accélération du pouls précèdent l'œdème phlébitique.

C'est parfois pour le chirurgien un sujet d'étonnement de constater la simplicité des suites opératoires après une intervention rendue laborieuse par des lésions importantes. Il importe cependant de réduire au minimum les tiraillements, les écrasements des vaisseaux : aussi pratiquons-nous volontiers dans ces cas des ligatures premières.

Nous remarquerons qu'au cours de notre statistique, le nombre des phlébites constatées est relativement

minime. Malgré des examens pré-opératoires sanguins systématiques, nous ne nous permettrons pas d'en tirer de conclusion.

Un fait cependant nous a frappé : celui de la plus grande fréquence de la phlébite et de son accident redoutable, l'embolie en milieu hospitalier.

Nous croyons que cette constatation peut trouver une explication dans un certain nombre de conditions :

— état de moindre résistance, d'hygiène moins grande des malades d'hôpital.

— préparation minutieuse de l'opérée qui ne peut être réalisée dans l'opération d'urgence si fréquente à l'hôpital.

-- dans l'isolement des grandes opérées, difficilement réalisable dans la plupart des services hospitaliers.

Enfin dans le fait que, « sans être ouverte à tous les vents » notre salle d'opération à l'hôpital présente, au point de vue aseptie, de moins grandes garanties que celle de la Maison de Santé.

L'HYSTERECTOMIE TOTALE

SES AVANTAGES — SES INCONVÉNIENTS

Deux opinions se sont nettement affrontées ces dernières années. Les partisans de l'hystérectomie totale, comme ceux de l'hystérectomie subtotale, sont restés sur leurs positions. De part et d'autre, des avis les plus autorisés, sont venus soutenir des attitudes différentes. Nous n'avons pas l'intention de prendre parti arbitrairement pour l'une ou l'autre de ces méthodes. Nous voulons seulement exposer nos résultats.

L'hystérectomie totale a eu, dès son apparition, une vogue et une sympathie très nette auprès de bon nombre de chirurgiens éminents. Que l'on aie dû souvent prendre sa défense, serait pour beaucoup, une preuve qu'elle n'est pas inattaquable.

Avantages.

L'hystérectomie totale a pour elle des avantages indiscutables. Par son principe même, l'hystérectomie qui a pour but d'enlever en totalité corps et col de l'utérus semble plus séduisante et plus logique à l'esprit du chirurgien.

Sa technique, d'une simplicité parfaite, ne permet pas de parler de difficultés plus grandes au point de vue opératoire. Si l'on songe, en effet, que le grand défenseur de l'hystérectomie subtotale est M. le Professeur Jean-Louis Faure, il n'est pas permis de faire entrer cet argument dans la discussion.

L'hystérectomie totale présente le gros avantage d'un drainage large, facile, déclive par la brèche vaginale. Cet argument n'est pas à lui seul suffisant pour la préférer à l'hystérectomie subtotale. Au cours de celle-ci, en effet, si on ne veut pas faire état de l'ouverture d'une cavité aussi septique, aussi difficile à désinfecter que la cavité vaginale, il est facile par la fente postérieure du col utérin, de réaliser un drainage aussi satisfaisant.

La durée de l'hystérectomie totale ne doit pas, à l'heure actuelle, entrer en parallèle avec celle de l'hystérectomie subtotale : Louis Escudié, dans sa thèse, nous apporte la preuve que la durée d'une intervention pour hystérectomie totale excède de dix minutes celle d'une hystérectomie subtotale.

La totale est-elle donc l'intervention idéale ? Nous serions tenté de le croire. Les faits, malheureusement, semblent montrer par les statistiques que « si l'on peut sauver quelques malades par la totale, on en perd un plus grand nombre du fait de la gravité immédiate de cette opération », comme l'a si justement écrit M. le Professeur J.-L. Faure.

Inconvénients.

Quels sont les facteurs de gravité de l'hystérectomie totale ?

Le shock opératoire est certainement un élément important du pronostic. Il est juste d'avouer qu'avec les méthodes actuellement employées :

— préparation plus minutieuse des opérées,

— médication anti-shock post-opératoire,

cet élément n'assombrit plus comme autrefois le pronostic de l'hystérectomie totale.

Nous avons, dans la plupart des cas, obtenu :

— par la transfusion sanguine,

— le sérum salé hypertonique intra-veineux,
des résultats appréciables.

On a invoqué plus justement l'hémorragie post-opératoire au cours des hystérectomies totales.

Ces hémorragies sont, les unes immédiates, les autres tardives.

Immédiates, elles sont liées à l'hémorragie d'un vaisseau plus ou moins important de la tranche vaginale. C'est là un danger redoutable chez une opérée déjà affaiblie et qui prouve la difficulté souvent grande d'une hémostase parfaite de cette tranche vaginale.

Dans bien des cas, il est vrai, cette hémorragie cède rapidement à un tamponnement vaginal correctement effectué.

Il n'en est pas toujours ainsi, et pour si peu nom-

breux que soit le nombre de leurs observations, cette complication reste une menace grave pour l'opérée.

Tardive, cette hémorragie est due à une chute d'escarre, mais l'opérée a déjà dépassé le cap dangereux des premiers jours qui suivent l'intervention. Ce sont d'ailleurs bien souvent des hémorragies relativement minimales, des suintements plus que des hémorragies vraies ; un tamponnement à vite fait de les arrêter.

Cette hémorragie peut être due à une infection de la tranche vaginale. C'est là encore un danger de l'ouverture du vagin : le péril vaginal comme l'a si justement dénoncé Escudé.

Quelles sont les causes de ces hémorragies ? Quels sont les moyens de les éviter ? Lecène a su nous le faire comprendre.

L'hystérectomie totale ne devient l'opération anatomique idéale qu'à la condition de pratiquer une véritable désinsertion du col au niveau du vagin. On obtient ainsi une brèche vaginale à peu près exempte de tout suintement. Il est logique de penser également que l'hémostase doit porter sur toutes les branches d'épanouissement cervico-vaginales qui doivent faire l'objet d'une ligature soigneuse. Il ne faut, en aucun cas, se fier à un surjet soi-disant hémostatique de la tranche vaginale.

C'est seulement pénétré de l'importance capitale de cette hémostase que l'on peut éviter la complication la plus grave à notre avis, la cellulite pelvienne.

C'est vers le troisième ou quatrième jour d'une hys-

térectomie que se présente insidieusement un tableau clinique progressivement inquiétant.

On se trouve en présence d'une opérée qui semblait, jusqu'alors, avoir supporté facilement l'intervention. Cependant, cette femme est restée fatiguée. Le calme de son état fait place progressivement à un énervement qui croît en quelques heures. Bientôt d'ailleurs, se lit sur son visage une inquiétude qui ne trompe pas. Le pouls s'accélère, devient rapidement moins bien frappé, cependant que la température demeure sensiblement normale. Malgré un traitement aussitôt mis en œuvre, la situation ne semble pas s'améliorer. Vers le cinquième ou sixième jour, le ventre est légèrement ballonné, les gaz sont difficiles à expulser, les urines deviennent rares, foncées. De la diarrhée apparaît. En quelques heures, le tableau devient alarmant : la température monte aux alentours de 39°, le pouls, de plus en plus rapide, est mal frappé, parfois même irrégulier. La mort est alors la règle dans un état de coma fébrile, succédant à une période plus ou moins longue d'anxiété et d'agitation tout à fait caractéristique.

On a souvent voulu mettre ces accidents sur le compte de la difficulté de l'étendue des lésions, du terrain particulier de l'opérée. Cela peut être vrai dans certains cas. Nous pensons cependant qu'il faut avant tout rechercher une cause dans l'acte opératoire lui-même. Nous avons pu presque toujours constater à l'autopsie de ces malades, un petit hématome sous-péritonéal infecté secondairement, comme le prou-

vent les quelques centimètres cubes de sérosité putride que l'on trouve à ce niveau.

Nous sommes convaincu qu'il s'agit là d'un suintement minime dû à une hémostase insuffisante : l'infection secondaire à anaérobies a déclenché brusquement la gravité des accidents.

Signalons enfin que la cicatrice vaginale douloureuse se rencontre après les hystérectomies totales avec une fréquence plus grande que les phénomènes douloureux du moignon cervical de l'hystérectomie subtotale. On a voulu injustement faire de ces douleurs l'apanage des hystérectomies subtotaux. Il est juste de dire que quelques séances de diathermie en ont souvent raison, comme nous avons pu le constater dans presque tous les cas.

L'HYSTERECTOMIE SUBTOTALE

SES AVANTAGES — SES INCONVÉNIENTS

« Plus simple, plus rapide, moins hémorragique, plus aseptique que l'hystérectomie totale qui produit un délabrement pelvien plus considérable, il n'est pas possible qu'elle ne soit pas moins grave. »

« Les suites sont plus régulièrement bonnes. Les incidents post-opératoires plus rares, et toutes choses égales d'ailleurs, la mortalité moindre. »

Tels sont les mots par lesquels M. le Professeur J.-L. Faure a défini et défendu l'hystérectomie subtotale.

L'hystérectomie subtotale a pour elle sa simplicité, sa rapidité. Il n'est pas douteux que c'est à elle qu'a recours le chirurgien pour une femme fatiguée, dont l'état grave ou l'étendue des lésions pelviennes, nécessite une intervention salubre.

L'hystérectomie subtotale permet, en évitant l'ouverture du vagin, une intervention plus aseptique. Il est facile de se protéger au cours de l'intervention de la septicité du moignon cervical : une désinfection iodée cautérise assez sûrement, à notre avis, la muqueuse du moignon cervical.

De plus en plus, les chirurgiens ont pratiqué le drainage abdominal. Un certain nombre cependant pratiquent au cours des hystérectomies subtotaux le drainage vaginal par la fente postérieure du col. Nous ne pensons pas que ce soit là un avantage. Ce procédé ne peut avoir la prétention de drainer le fond du Douglas. Le drainage abdominal par contre, grâce à l'aspiration pratiquée systématiquement, permet d'évacuer tout liquide collecté au point déclive. Le drainage par fente postérieure du col semble ajouter à la subtotale un des inconvénients de l'hystérectomie totale, sans en retirer les mêmes avantages.

Le professeur J.-L. Faure insiste encore sur ce fait que l'hystérectomie subtotale, en laissant le col utérin dans sa position normale, conserve son intégrité à la statique pelvienne. Cette manière de faire permet d'éviter pour lui des troubles vésicaux observés au cours des hystérectomies totales. C'est là, à notre avis, un argument d'une valeur indiscutable.

L'hystérectomie subtotale n'est pas exempte de critiques. Des accidents peuvent survenir d'une façon immédiate, secondaire ou tardive.

L'hémorragie immédiate qui survient le soir de l'intervention ne peut être, croyons-nous, que le résultat d'une technique imparfaite. L'hystérectomie subtotale doit, comme l'hystérectomie totale, être une intervention anatomique.

C'est pourquoi l'évidement du col est une technique

que nous avons abandonnée ; car on blesse sans pouvoir assurer leur hémostase des branches cervicales de l'artère cervico-vaginale.

Plus tard, la chute d'une escarre après cautérisation du col est responsable de certaines hémorragies. Nous pensons que les modifications que le Dr Desplas a apportées à sa technique, nous permettent de ne plus craindre de pareilles éventualités.

La conservation du col utérin offre des inconvénients d'une gravité bien différente :

- la leucorrhée,
- la suppuration,
- la dégénérescence cancéreuse, comme l'a montré dans sa thèse le Dr Montillier.

Les douleurs accusées au niveau du moignon cervical, par inclusion de fibres nerveuses dans le tissu cicatriciel, sont vraiment exceptionnelles. Ces accidents se présentent avec une fréquence beaucoup plus grande, au niveau de la cicatrice vaginale de l'hystérectomie totale.

La leucorrhée, accident bénin, mais tenace, est due à une hypersecrétion des glandes du col, favorisée par le traumatisme opératoire. L'examen montre un col indolore, ni rouge ni tuméfié, pas de signes vaginaux associés, aucun retentissement sur l'état général. Au point de vue bactériologique, ni gonocoques, ni streptocoques. La cause doit en être recherchée dans la section trop haute du col utérin. Il s'agit encore,

croyons-nous, d'une intervention peu anatomique, à laquelle nous opposons l'hystérectomie subtotale basse que nous pratiquons.

La suppuration est une éventualité plus grave. C'est un col métritique que l'on constate, gros, induré, douloureux, rouge, donnant issue à une sécrétion purulente plus ou moins abondante. Dans les mois qui suivent l'intervention, peuvent apparaître des symptômes généraux : perte de forces, constipation, douleurs lombaires, associées à de légers mouvements fébriles.

Il est rare cependant que le col agisse comme élément de rétention, ce qui justifierait son ablation.

Ces cas, pour beaucoup, contre-indiqueraient l'hystérectomie subtotale. Leur fréquence n'est cependant pas très grande, la guérison est possible par un traitement approprié relativement simple. On est en droit de se demander si dans ces cas, une hystérectomie totale n'exposerait pas à un accident plus redoutable : la cellulite pelvienne. Nous apportons pour soutenir cette hypothèse, l'observation d'une telle complication après une simple hystérectomie subtotale (Obs. Mme C... en 1933).

Le professeur J.-L. Faure ne conteste pas la possibilité de dégénérescence du col, mais c'est pour lui un fait exceptionnel.

« Ce fait est si indéniable, comme l'écrit le Professeur A. Siredey, que certains chirurgien s'en sont émus au point de préférer l'hystérectomie totale à la subtotale, malgré des risques opératoires plus grands. »

C'est en juin 1904 que le Professeur Richelot présentait à la Société de Chirurgie, l'observation d'un cancer sur moignon cervical, 5 ans après une hystérectomie subtotale pour fibrome.

Depuis, les cas se sont multipliés ; ils sont indiscutables, affirmés par une biopsie. Il ne faut pas cependant se hâter de conclure, comme l'a montré S. Mercadé :

— le col peut être déjà atteint de cancer avant l'intervention,

— on a laissé un moignon sarcomateux croyant enlever un fibrome,

— il existe des granulomes que l'on a pu confondre avec un cancer.

Il est à l'heure actuelle certain que le cancer du col se voit après une hystérectomie subtotale pour fibrome, exceptionnellement après une intervention pour annexite.

Des causes multiples ont été invoquées, de nombreux traitements proposés.

Chaput avait déjà émis l'hypothèse de la stérilisation du col. Il proposait l'ablation de ses revêtements muqueux suivie de son enfouissement dans le vagin. Plus tard, c'est à un évidement large et systématique que l'on a demandé une garantie qui ne semble pas suffisante.

L'ablation pure et simple de ce col, met-elle à l'abri de cette complication redoutable. Nous avons le souvenir de deux malades ayant présenté un cancer secondaire sur la cicatrice vaginale d'une hystérectomie

totale. Ces observations ne nous appartiennent pas, nous nous excusons de ne pouvoir les reproduire. Cette éventualité est donc pour nous possible.

Malgré sa rareté, le cancer secondaire du col, après fibrome, justifie toutes les thérapeutiques. Ne peut-on, cependant, reprendre le terme de Chaput « la stérilisation du col » et la réaliser ?

Le Dr Desplas, depuis plusieurs mois, applique une méthode qu'il nous a confié le soin d'exposer.

Cette stérilisation du col tant recherchée ne pourrait-elle pas être obtenue d'une façon satisfaisante par ce moyen puissant et efficace que nous possédons aujourd'hui : le radium ?

LA STATISTIQUE

Voici la statistique des hystérectomies pratiquées de 1919 à 1934 en clientèle, à l'hôpital, en maison de santé du Gardien de la Paix, par le même chirurgien.

TABEAU SYNOPTIQUE DES INTERVENTIONS PRATIQUÉES

Opérations pratiquées en Maison de Santé

Année	Nombre	NATURE DE L'INTERVENTION		Décès
		Totales	Subtotales	
1919	18	5	13	1 ST.
1920	37	6	31	0
1921	50	2	48	2 ST.
1922	27	3	24	0
1923	38	3	35	1 ST.
1924	55	8	47	0
1925	32	10	22	0
1926	18	3	15	2 ST.
1927	15	1	14	0
1928	18	7	11	1 T. - 1 ST.
1929	16	2	14	1 ST.
1930	16	1	15	0
1931	14	2	12	0
1932	5	0	5	0
1933	6	0	6	1 ST.
1934	13	1	12	1 ST.

Opérations pratiquées à l'Hôpital

Année	Nombre	NATURE DE L'INTERVENTION		Décès
		Totales	Subtotales	
1922	18	1	17	1 T. - 1 ST.
1923	9	1	8	0
1924	13	1	12	1 ST.
1925	9	3	6	0
1926	3	1	2	0
1927	26	12	14	1 T.
1928	42	16	26	1 T. - 2 ST.
1929	32	0	32	0
1930	21	1	20	0
1931	16	1	15	0
1932	10	1	9	0
1933	38	11	27	0
1934	20	7	13	1 ST.

*Opérations pratiquées à la Maison de Santé
des Gardiens de la Pair*

Année	Nombre	NATURE DE L'INTERVENTION		Décès
		Totales	Subtotales	
1929	7	1	6	0
1930	18	0	18	1 ST.
1931	28	3	25	1 ST.
1932	27	2	25	1 ST.
1933	29	6	23	0
1934	43	10	33	1 T.

Parmi les complications non mortelles, il nous a paru intéressant de présenter leur chiffre global et le chiffre de ces complications au cours de chacune des deux interventions : totale et subtotale.

	Chiffre global	Totales	Subtotales
Phlébites	21	7	14
Embolies pulmonaires ..	3	1	2
Complicat. respiratoires.	16	7	9
Hémorragies vaginales secondaires	10	2	8
Cellulites pelviennes	6	4	2
Cystites	2	2	0
Hématomes pelviens....	5	4	1

Ce qui nous permet d'obtenir pour les principales d'entre elles les pourcentages suivants :

	Totales	Subtotales
Phlébite	5,30 %	2,13 %
Embolie	0,75 %	0,30 %
Complication respiratoire	5,30 %	1,37 %
Cellulite pelvienne	3,03 %	0,30 %

La statistique comprend un chiffre global de 787 hystérectomies se décomposant :

en 132 hystérectomies totales dont 5 décès,

en 655 hystérectomies subtotaless dont 17 décès,

ce qui donne des pourcentages de mortalité :

— de 3,78 % pour l'hystérectomie totale,

— de 2,59 % pour l'hystérectomie subtotale.

Il est vraiment difficile de tirer une conclusion de la brutalité des chiffres. Il est impossible de vouloir comparer les résultats de cas si différents par la gravité.

C'est bien souvent malgré lui que le chirurgien est conduit par l'étendue des lésions à pratiquer une intervention dont les risques lui semblent bien graves pour l'état de l'opérée.

Au cours de cette statistique que nous nous efforçons de présenter aussi brièvement que possible, nous tenterons de montrer les transformations par étapes successives qui ont abouti à la technique que nous pratiquons à l'heure actuelle.

Dans une période qui s'étend de 1919 à 1923 inclus, il a été pratiqué uniquement en maison de santé 170 hystérectomies, dont 19 hystérectomies totales, 151 hystérectomies subtotaux, 4 décès sont à enregistrer :

— par cellulite pelvienne après hystérectomie subtotaux pour avortement,

— par toxémie après hystérectomie subtotale chez une malade très fatiguée.

Les deux autres décès sont imputables à l'hystérectomie subtotale ; il nous a paru intéressant d'en retracer brièvement les observations.

OBSERVATION N° 1

Mme M..., 35 ans.

Entre à la clinique pour un fibrome hémorragique. Elle présente un état d'anémie grave. On pratique à la

rachi-anesthésie une hystérectomie subtotale par le procédé américain.

Quelques heures après l'intervention, se précise un syndrome d'hémorragie interne aiguë.

Seize heures après la première opération, on réintervient. On constate que les catguts de ligature sont en bonne place, mais ont subi un relâchement tel qu'ils n'assurent plus l'hémostase.

La malade meurt sur la table.

Il s'agit là d'un accident mécanique qu'on ne peut imputer à la technique chirurgicale employée.

OBSERVATION N° 2

Mme G..., 47 ans.

Est opérée pour un fibrome enclavé. On pratique à la rachi-anesthésie une hystérectomie subtotale par décollation antérieure. La malade a déjà été opérée d'un cancer du sein droit.

Le seizième jour, crise de suffocation intense sans température. Une radioscopie prudente montre une adénopathie trachéo-bronchique importante.

Le vingtième jour, la malade meurt dans une crise nouvelle de suffocation.

En dehors de ces quatre décès, dont deux ne semblent pas liés à la technique chirurgicale, on a pu constater les complications post-opératoires non mortelles suivantes :

— 8 hémorragies secondaires après évidemment du col pour hystérectomie subtotale,

— 1 hémorragie vaginale après hystérectomie totale,

- 5 congestions pulmonaires,
- 3 cas de cellulite pelvienne relativement légère,
- 2 embolies pulmonaires au cours de phlébite.

Ce qui nous frappe, c'est la fréquence de l'hémorragie après évidemment du col : hémorragie bénigne il est vrai, mais qui nous a décidé à supprimer ce temps que nous considérons comme illogique et dangereux. C'est ce même souci de l'hémostase souvent difficile qui à partir de 1924 fait adopter comme habituelle la technique du procédé américain et de la décollation antérieure améliorés par l'hémostase préalable des pédicules des artères utérines.

A la même époque, à la suite d'élimination des fils de soie employés, les sutures de parois sont pratiquées au catgut.

De 1924 à 1930 inclus, 303 hystérectomies sont faites, en maison de santé, à l'hôpital, dont :

- 58 hystérectomies totales avec 3 décès,
- 245 hystérectomies subtotaux avec 7 décès.

Parmi ces décès :

- 6 sont imputables au shock opératoire,
- 2 à une cellulite pelvienne grave,
- 1 à un degré d'anémie intense,
- 1 à un syndrome d'insuffisance pluri-glandulaire.

Mais pendant cette période, les complications post-opératoires non mortelles suivantes ont été enregistrées :

- 8 phlébites, dont l'une avec embolie légère,

- 4 complications pulmonaires importantes,
- 2 hématomes pariétaux,
- 1 pyélonéphrite,
- 1 suppuration pelvienne prolongée, après hystérectomie subtotale,

mais surtout :

- 3 cas de cellulite pelvienne,
- 5 cas d'hématome pelvien après hystérectomie totale.

Signalons en outre :

- 5 métrites après hystérectomies subtotaux qui ont dû être traitées médicalement. Le traitement a d'ailleurs rapidement amené une guérison durable.

Ce qui frappe, c'est la fréquence de la cellulite dans sa forme sans doute curable, et des hématomes pelviens infectés. Ceci montre la difficulté de l'hémostase et du drainage dans l'hystérectomie totale.

Jusqu'à cette date de 1930, il était pratiqué le drainage vaginal avec double suture du vagin.

A partir de 1930, à cause de ces constatations, on décide d'associer au drain vaginal, deux mèches latérales qui, étalées à la base du ligament large, assure à la fois une hémostase et un drainage plus parfait (drainage à la Bumm).

Cette méthode, au cours d'hystérectomie totale, semble nous avoir donné de meilleurs résultats comme tend à le démontrer la statistique de 1930 à 1934.

Durant cette période, 1930-1934, 249 hystérectomies furent faites dont :

— 44 hystérectomies totales avec 1 décès par shock opératoire,

— 205 hystérectomies subtotaless avec 4 décès,

— 2 par cellulite pelvienne,

— 1 par occlusion intestinale,

— 1 par troubles cardiaques.

Parmi ces décès, il nous a paru intéressant de rapporter les observations de deux d'entre eux :

L'un comme exemple typique de cellulite pelvienne, l'autre, parce qu'il va nous permettre de montrer que l'on a souvent tort de retarder l'acte opératoire.

OBSERVATION N° 3

Mme C..., 42 ans.

Est opérée en 1933 pour un fibrome utérin polylobé.

On pratique sous rachi-anesthésie une hystérectomie subtotale basse par décollation antérieure améliorée.

Le quatrième jour, un état de fatigue, d'énervement bien spécial apparaît. Le pouls est rapide, la température à 37°4.

On pratique matin et soir, des injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique, qui semblent chaque fois apporter une amélioration : une selle légère, un ballonnement du ventre qui diminue.

Le septième jour apparaissent des pertes fétides, de la diarrhée, les urines sont rares, le ventre est ballonné. Les gaz ne sont plus expulsés, le pouls est rapide, mal frappé à 140, la température est à 39°.

La mort survient dans la soirée, résultat d'une cellulite pelvienne.

OBSERVATION N° 4

Mme M..., 45 ans.

Est opérée à l'éther d'un fibrome utérin en rétroversion compliqué d'un kyste de l'ovaire droit.

On pratique une hystérectomie subtotale par décollation antérieure améliorée. Au cours de cette manœuvre, le kyste se rompt. On pratique alors un drainage abdominal.

Le deuxième jour, réaction péritonéale légère, puis progressivement, syndrome d'occlusion manifeste. Le sérum hypertonique pratiqué à plusieurs reprises, semble apporter une amélioration de l'état général.

Des gaz sont émis en petite quantité, il est vrai.

Les urines sont plus abondantes.

Devant la persistance des signes d'occlusion, on se décide à réintervenir le cinquième jour, on trouve une torsion d'une anse grêle.

La malade meurt le sixième jour.

Nous avons pu constater au cours de ces interventions durant la période 1930-1934, les autres complications non mortelles suivantes :

- 11 phlébites suivies de guérison,
- 8 états de shock opératoire,
- 7 accidents pulmonaires importants,
- 2 cas de cystite après hystérectomie totale,
- 1 cas d'hémorragie vaginale après hystérectomie totale.

Nous terminerons enfin cette statistique par le résumé de deux observations de cancer secondaire du

col. Nous insistons sur le fait que toutes ces opérées ont été revues à plusieurs reprises.

La fréquence de cette complication redoutable est donc, à notre avis, loin d'être aussi grande que l'on serait tenté de le croire.

OBSERVATION N° 5

Mme R..., 40 ans.

A été opérée en 1914 d'une salpingite. On a pratiqué une hystérectomie subtotalaie.

Revue en novembre 1920, elle présente un cancer secondaire du col : une biopsie prouve qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Elle est traitée par des applications de radium. Après ce traitement, on constate en 1921 qu'il persiste au toucher vaginal, une masse importante avec infiltration vers le dôme vaginal.

Sur les indications des radium thérapeutes, on réintervient en avril 1921 pour une exérèse large du col : véritable opération de Wertheim sur col utérin. La malade sort en assez bon état de la clinique. Elle meurt en juillet 1922 de cancer pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION N° 6

Mme R..., 41 ans.

A été opérée en mars 1921 à l'anesthésie rachidienne, pour une salpingite bilatérale.

Elle a subi une hystérectomie subtotalaie par le procédé américain et sortie en bonne santé le vingtième jour.

En 1933, la malade revue présente un cancer secondaire du col, que vérifie une biopsie.

En juin 1932, elle est traitée par le radium.

Elle meurt en janvier 1934, présentant un syndrome
Tardieu très marqué.

OBSERVATION N° 7

Mme R..., 51 ans.

A 48 ans elle est atteinte en 1922 par un érythème non
syphilitique. Elle a subi une hystérectomie subtotale.

En 1925, au mois de juillet, nous constatons l'exis-
tence d'un cancer du col. L'extension de cet épithélioma.
Ovarien, nous indique les contre-indications à toute tenta-
tive opératoire. Le malade est traitée par le radium et a
été ensuite perdue de vue.

TECHNIQUE

Tels sont les faits constatés qui nous ont permis d'aboutir à la technique que nous décrirons.

En dehors des cas bien particuliers où l'état de moindre résistance de l'opérée explique un échec, celui-ci doit en principe, et c'est pour nous une règle absolue, être recherché dans la faute chirurgicale.

Les générations habituées à l'asepsie actuelle, n'ont pas connu les accidents qui faisaient, il y a 30 ans, l'inquiétude du chirurgien.

C'est parfois dans un contrôle moins rigoureux de l'asepsie, dans un oubli plus que dans une négligence des règles de Pasteur, que l'on doit rechercher la cause d'une complication.

C'est parfois une faute minime au cours de l'intervention. C'est bien souvent une intervention pratiquée dans une salle contaminée antérieurement par une opération septique.

Notre technique repose donc avant tout sur cette notion : sur la nécessité absolue de respecter les règles de l'asepsie :

— changement de gants et d'instruments après un temps septique,

— changement d'instruments pour la réfection de la paroi.

— aspiration mécanique systématique de tout liquide septique : la compresse qui éponge nous semble un moyen trop lent et infiniment moins sûr.

La préparation de l'opérée est pour nous l'objet d'un soin minutieux. La vaccination pré-opératoire, la désinfection de la région abdominale, de la cavité vaginale sont toujours pratiquées.

Au cours de l'intervention, la protection du champ opératoire est toujours minutieuse, les dangers d'infection extérieure sont réduits au minimum.

Nous avons, autant que la chose est possible, étendu les indications de la décollation antérieure ou du procédé américain. Dans ces deux méthodes, nous pratiquons la prise immédiate par la pince de J.-L. Faure des deux artères utérines, ceci nous assure une hémostase préventive supprimant l'épanchement de sang dans la cavité péritonéale. Dans tous les cas, l'hémostase doit être faite d'une façon minutieuse.

Nous délaissions presque toujours le procédé de Terrier, réservé au cas très facile, l'hémisection que l'on peut remplacer par la décollation antérieure que le Professeur J.-L. Faure réservait aux cas difficiles, méthode avec laquelle il est bon de se familiariser.

La section du col utérin présente pour nous un intérêt tout particulier. Nous nous efforçons de réaliser une intervention anatomique en pratiquant l'hystérectomie subtotale basse. La section du col faite au

bistouri sera effectuée exactement au-dessus de l'insertion vaginale. Bien protégé par une compresse abdominale glissée jusqu'au fond du cul-de-sac du Douglas, nous pratiquons un simple attouchement iodé de la section cervicale. Nous pensons que cette méthode nous préserve d'une façon satisfaisante de la septicité de ce col utérin. Il est bien entendu que tous les instruments ayant servi à ce temps septique, sont remplacés par un nouveau matériel stérile.

La péritonisation représente un temps important qui doit être faite avec un soin particulier.

En cas de doute, nous n'hésitons pas à pratiquer un drainage systématique, mais il est bien rare que nous soyons dans la nécessité d'associer le drain abdominal au drain vaginal. C'est à notre avis une technique que l'on doit s'efforcer d'éviter.

Dans tous les cas de drainage abdominal, nous pratiquons dès le soir même de l'intervention, l'aspiration au moyen d'un petit drain monté sur une seringue de 20 centimètres cubes. Elle nous permet d'évacuer les liquides accumulés dans le cul-de-sac de Douglas et d'éviter ainsi la résorption de produit toxique.

Nous ne pratiquons que fort rarement le cloisonnement colo-vésical du petit bassin. Nous pensons qu'il peut être dangereux de créer ainsi une cavité importante que draine mal la voie vaginale. Le drain peut être obstrué par des exsudats, il n'évacue pas le fond du Douglas. La fixation de l'anse sigmoïde, normale-

ment mobile, peut être enfin le point de départ d'accidents de subocclusion.

La réfection de la paroi nécessite, à notre avis, une attention minutieuse.

A ce temps de l'intervention, tous les instruments sont remplacés par un matériel prévu à l'avance. De nouveaux champs ont remplacé ceux déjà souillés au cours de l'opération. Opérateur et aide changent de gants.

Nous n'entrerons pas dans la discussion du matériel résorbable ou non employé pour la réfection de la paroi.

Après un surjet péritonéal au catgut, nous employons presque toujours et sans ennui, le crin perdu. Nous avons soin naturellement, que nul fil non résorbable ne se trouve à proximité d'un drainage. Dans ces cas, seul le catgut est employé, soit exclusivement, soit pour deux ou trois points de part et d'autre du drain abdominal.

Au cours des hystérectomies totales que nous pratiquons, nous nous efforçons de réaliser, comme pour l'hystérectomie subtotale, une opération que nous croyons anatomique.

Délaissant la section du vagin, nous préférons la véritable désinsertion du col, comme l'ont préconisé de nombreux chirurgiens, en l'attaquant soit latéralement, soit plus facilement parfois par sa face postérieure.

Le drainage dans cette intervention est l'objet de

tous nos soins. C'est au drainage à la Bumm : drain associé à deux mèches latérales sortant par le vagin, que nous demandons une sécurité rarement mise en défaut.

Depuis 1934, nous avons pratiqué l'hystérectomie subtotale associée à la pose de radium dans les jours qui suivent l'intervention. Cette méthode a été appliquée à la Maison du Gardien de la Paix pour les fibromes et les salpingites.

Elle nous a permis de faire les constatations suivantes :

1° Il s'agit d'un col utérin en voie de cancérisation.

2° l'examen systématique avec biopsie a montré un cancer passé inaperçu.

3° On constate l'existence de ce qu'il est convenu d'appeler « un vilain col ». C'est dans ce cas que le problème se pose d'une façon importante.

Le Dr Degrais, dont l'expérience de ces cas est considérable, nous a apporté par des examens systématiques, la preuve d'états pré-cancéreux du col. Il est logique de penser que ce n'est pas en quelques jours qu'une muqueuse normale se transforme en cancer.

Le radium est encore pour le Dr Degrais un moyen efficace de traitement des métrites du col. Grâce à des applications discontinues et à faible dose, il obtient chaque jour des résultats indiscutables.

Voici la technique qui est pratiquée à la Maison de santé des Gardiens de la Paix :

Dès que la température est stabilisée depuis quelques jours à 37° après l'hystérectomie subtotale, vers le huitième jour, on place pendant 48 heures, dans les deux culs-de-sac latéraux vaginaux un tube de radium. Ce tube de 5/10^e de mm. platine contient 12 mmgr. d'élément radium. Filtré par 2 mm. d'or platiné, il est incorporé dans un manchon de liège de 6 mm. de paroi.

Une deuxième application est faite cinq jours après la première.

Nous insistons sur l'indolence absolue, l'absence complète de complications locales ou générales accompagnant ce traitement.

Cette méthode comporte les contre-indications de toute application de radium : les suppurations. Nous insistons sur le fait que des modifications sont apportées suivant l'état observé.

Il est certain que cette application de radium trouve son principal intérêt dans les hystérectomies subtotales pour fibrome. Nous avons vu que c'est cette affection qui offre le plus grand nombre de cancérisations secondaires du col. Il ne peut exister dans ces cas de contre-indication à cette méthode.

Le col métritique que l'on peut constater chez une malade atteinte de fibrome a été pendant longtemps une contre-indication au traitement radioactif.

Il y a plusieurs années déjà, Curtis préconisait le radium en application modérée comme moyen de guérison des métrites.

Le col métritique est pour nous une indication de

plus à la méthode que nous employons. Elle atteint ainsi un double but :

Eloigner la possibilité d'un cancer secondaire.

Guérir une métrite et supprimer de ce fait les complications au niveau du col utérin que nous avons décrites après les hystérectomies subtotaux.

Au cours des salpingites, les statistiques prouvent le peu de fréquence des cancérisations secondaires. Nous estimons cependant que les contre-indications créées par l'infection étant supprimées du fait de l'hystérectomie subtotale, il nous sera possible, tout au moins dans les semaines qui suivent l'intervention, d'étendre notre méthode aux affections annexielles.

Par ce procédé, en 1934, sur 33 hystérectomies subtotaux pratiquées, 21 ont été traitées.

Aucune complication n'a été observée.

Nous nous demandons si ce procédé, tout en nous permettant d'étendre les indications de l'hystérectomie subtotale, ne nous permettra pas dans l'avenir de ne plus redouter pour nos opérées, la seule éventualité vraiment redoutable : la cancérisation du col utérin.

CONCLUSIONS

I. — Les complications, et surtout les accidents graves pouvant mettre en danger la vie de l'opérée, se rencontrent avec une fréquence plus grande au cours de l'hystérectomie totale que de l'hystérectomie subtotale.

II. — Les bons résultats opératoires ne peuvent être acquis que par une technique rigoureuse et une intervention vraiment anatomique.

III. — Certaines techniques et détails opératoires sont susceptibles de diminuer la fréquence des accidents au cours des hystérectomies.

IV. — Un gros danger, en particulier au cours des fibromes, menace l'avenir éloigné des opérées dans l'hystérectomie subtotale : la cancérisation secondaire du col.

Nous estimons que le radium appliqué dans les jours qui suivent l'intervention, diminuera considérablement les risques d'une telle éventualité.

V. — Cette technique doit permettre « une « stérilisation efficace du col utérin » et donner dans l'avenir, par son action large, des résultats satisfaisants.

VI. — Dans tous les cas où l'état de la malade, les lésions locales, doivent faire écarter la possibilité de toute autre intervention, on pratiquera une hystérectomie subtotale suivie d'un traitement par le radium.

Cette conduite doit permettre de donner à l'opérée des garanties au moins aussi grandes que celle d'une hystérectomie totale.

Vu : *Le Doyen*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.



BIBLIOGRAPHIE

- AYMERIC. — De l'évolution du moignon cervical après hystérectomie abdominale subtotale. *Thèse*, Toulouse, 1909.
- BERTRAND. — Transformation néoplasique sur moignon utérin à la suite d'hystérectomie subtotale. *Thèse*, Lyon, 1901.
- CHAPUT. — La subtotale hâte l'apparition du cancer du col. *Société de Chirurgie*, Paris, 1910.
- DE GODARD D'ALLAINES. — Hystérectomie fundique. Technique, indications, résultats. *Thèse*, Paris, 1922.
- DEGRAIS. — Etat pré-cancéreux du col utérin. *Presse Médicale*, N° 33, 25 avril 1934.
- DE ROUVILLE. — Evidement systématique du col. *Montpellier Médical*, 1919, p. 287.
- DUVERGEY. — Moignon cervical douloureux après hystérectomie subtotale. *Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux*, 24 janvier 1922.
- ESCUDIÉ. — Technique et résultats de l'hystérectomie totale. *Thèse*, Paris, 1918.
- J.-L. FAURE. — L'hystérectomie, 1906.
— Traité de Gynécologie Médico-chirurgicale.

